

COMMUNE DE SOULEVRE EN BOCAÏGE

INSCRIPTIONS 2017/2018

GRUPE SCOLAIRE DU COURBENCON à LE TOURNEUR

ENFANT A INSCRIRE :

NOM :Prénoms :

Date de naissance ___/___/___/ Lieu de naissance :Département.....

Inscription à l'école MATERNELLE PRIMAIRE :

Classe : Date d'effet de l'inscription :

Autres enfants composant la fratrie

Nom	Prénom	Date de naissance	Nom	Prénom	Date de naissance

PERE (ou 1^{er} responsable légal) :

NOM :Prénom.....Profession.....

Date de naissance.....Lieu de naissance.....

ADRESSE :

Adresse mail :

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Lieu de travail :

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

MERE (ou 2^{ème} responsable légal) :

NOM :Prénom.....Profession.....

Date de naissance.....Lieu de naissance.....

ADRESSE :

Adresse mail.....

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Lieu de travail :

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DE LA FAMILLE :

NOM :Prénoms.....

Téléphone : ____/____/____/____/____/ Portable : ____/____/____/____/____/

Téléphone travail : ____/____/____/____/____/ Portable travail : ____/____/____/____/____/

NOM :Prénoms.....

Téléphone : ____/____/____/____/____/ Portable : ____/____/____/____/____/

Téléphone travail : ____/____/____/____/____/ Portable travail : ____/____/____/____/____/

Nota : Les numéros de téléphone sont impératifs même ceux en liste rouge (le préciser)

TRANSPORT SCOLAIRE :

Utilisation OUI NON (cocher les cases utiles)

Jours de fréquentation :

Lieu souhaité de ramassage :

Retour le mercredi midi (à quel arrêt) ? :

L'année entière <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Lundi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Mardi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Mercredi <input type="checkbox"/>	Matin et midi <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le midi <input type="checkbox"/>
Jeudi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Vendredi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>

FACTURATION DU TRANSPORT SCOLAIRE : à réception de la facture (sauf pour les nouvelles inscriptions où le chèque sera pris à l'inscription).

Tarif 2017/2018: 30 € par enfant.

RESTAURANT SCOLAIRE :

Utilisation OUI NON (cocher les cases utiles)

Jours de fréquentation :

L'année entière <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	Ponctuel <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Numéro d'affiliation à la MSA ou à la CAF

FACTURATION CANTINE : la facturation aura lieu tous les mois à terme échu.

Coût du repas : 3.55 €.

GARDERIE :

Utilisation régulière OUI NON (cocher les cases utiles)

Jours de fréquentation :

L'année entière <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Lundi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Mardi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Mercredi <input type="checkbox"/>	Matin et midi <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le midi <input type="checkbox"/>
Jeudi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Vendredi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>

Ou utilisation ponctuelle OUI NON

FACTURATION GARDERIE : tous les mois à terme échu. **Tarif : 0.80 € la ½ heure.**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) LA VACCINATION :

(Veuillez nous fournir une photocopie du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés			Dates
	oui	non			oui	non	
Diptérie				BCG			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Coqueluche			
				ROR (rougeole-oreillons-rubéole)			
				Autres (préciser)			

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication*

2) RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit t-il un traitement médical ? *oui / non

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice.*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	Oui	Non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		
Otite		
Angine		
Rougeole		
Oreillons		
Scarlatine		

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES* ?

	Oui	Non
Respiratoires		
Alimentaires		
Médicamenteuse		
Autres		

***Préciser la forme d'allergie, la cause et la conduite à tenir** (si automédication, le préciser) :

.....

.....
.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....
.....
.....

4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....
.....
.....

5) Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

<u>AFFILIATION CAF OU MSA</u> : à renseigner obligatoirement :	
CAF <input type="checkbox"/>	Numéro :
MSA <input type="checkbox"/>	Numéro :

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

DROIT A L'IMAGE : l'autorise à être photographié ou filmé seul ou en groupe lors des activités proposées par l'école. Cette dernière pourra utiliser ces images dans un cadre qui ne dépassera pas les activités organisées au sein de l'école

- autorise le Maire ou le représentant du site scolaire, le cas échéant, pendant mon absence, à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) et décisions urgentes rendues nécessaire par l'état de l'enfant.
- atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements et des pièces fournies.
- m'engage à prévenir l'école de tout changement éventuel,
- déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs et m'engage à respecter les règles qui y sont mentionnées.

Fait le : __ / __ / ____ à

Signature :

